UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 46

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ORCHIDOPEXIE

PAR LE

PROCÉDÉ D'OMBREDANNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Juin 1914

PAR

EMILE CHANCEL

Ex-interne des Hôpitaux de Toulon

Né à Montélimar le 1er Mars 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

IMBERT, professeur, *Président.*
VIRES, professeur.
SOUBEYRAN, agrégé.
LEENHARDT, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ORCHIDOPEXIE

PAR LE

PROCÉDÉ D'OMBREDANNE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 46

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ORCHIDOPEXIE

PAR LE

PROCÉDÉ D'OMBREDANNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Juin 1914

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

EMILE CHANCEL
Ex-interne des Hôpitaux de Toulon
Né à Montélimar le 1er Mars 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

- IMBERT, professeur, *Président.*
- VIRES, professeur.
- SOUBEYRAN, agrégé.
- LEENHARDT, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson
1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✲)	DOYEN.
	SARDA	ASSESSEUR.
	IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM.	TEDENAT (✲).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET (✲).
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique		TRUC (O ✲).
Chimie médicale		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales		BOSC.
Hygiène		BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale		RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale		VIRES.
Anatomie pathologique		N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O ✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM.	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements		PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire		SOUBEYRAN, a.l. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards		EUZIERE, agrégé.
Accouchements		P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS, ch. des F.
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse ;

MM. IMBERT, professeur, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
VIRES, professeur.	LEENHARDT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon immense tendresse filiale, lesquelles ne disparaîtront qu'avec moi-même.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

Et en particulier à la mémoire de mes deux grands-mères qui me prodiguaient il y a si peu d'années encore, au cours de mes études, les marques de la plus tendre affection et qui auraient été si heureuses en ce jour.

A MES FRÈRES

Avec tous mes vœux de bonheur.

A MES PARENTS

A MES AMIS

Et plus spécialement à mes chers camarades de l'internat de Toulon.

E. CHANCEL.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR IMBERT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

SOUBEYRAN ET LEENHARDT

A TOUS NOS MAITRES

DE MONTPELLIER ET DE TOULON

E. CHANCEL.

Au moment d'accomplir le dernier acte de la vie d'étudiant, au moment d'aborder la belle mais souvent délicate carrière médicale, nous ne voulons pas manquer à l'agréable devoir de remercier ici tous les maîtres qui, par leur enseignement, ont cherché à nous la faire aimer et connaître et à restreindre ainsi pour nous plus tard les difficultés et les déboires.

Nous remercions d'une façon toute spéciale ceux que nous voyons ce soir autour de nous :

M. le professeur Imbert, qui nous donne, en consentant à présider notre thèse, une nouvelle preuve de sa haute bienveillance, dont nous sommes infiniment flatté.

M. le professeur Vires et M. le professeur agrégé Leenhardt, qui, par leurs savantes leçons cliniques, rendirent de tout temps si attrayante pour nous la fréquentation de notre vieil Hôpital Général.

M. le professeur agrégé Soubeyran, qui, avec une affabilité à laquelle nous avons été particulièrement sensible, nous a donné l'idée de ce travail, l'a facilité par une foule de renseignements utiles et enfin nous a procuré les observations qui en font le principal intérêt.

Que ces maîtres soient assurés de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'ils nous font aujourd'hui.

Nous n'aurions fait qu'une partie de notre devoir, si maintenant nous n'adressions pas aussi l'expression de notre profonde gratitude à MM. les médecins et chirur-

giens des Hôpitaux de Toulon. Nous avons eu, en qualité d'interne, l'occasion de les approcher tous. Tous nous ont prodigué sans compter leurs bienveillants et précieux conseils. Nous avons passé auprès d'eux, entouré de camarades dévoués, auxquels nous nous en voudrions de ne pas redire une fois de plus notre vive et inaltérable amitié, trois de nos plus belles années que nous comptons, au point de vue de notre formation professionnelle, parmi les plus profitables. En les remerciant à nouveau de tout notre cœur, nous déplorons qu'une vacance imprévue nous force à clore aujourd'hui des études, qui ont été volontairement très longues, mais que, à leurs côtés, nous aurions prolongées de nombreux mois encore avec un infini plaisir.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ORCHIDOPEXIE

PAR LE

PROCÉDÉ D'OMBREDANNE

INTRODUCTION

Des ectopies testiculaires

La glande séminale se développe chez l'homme en plein abdomen, à droite et à gauche de la colonne vertébrale. A la fin du troisième mois, elle se porte vers le canal inguinal, l'atteint vers le sixième et traverse à son niveau la paroi abdominale pour descendre dans les bourses, où elle arrive un peu avant la naissance et où elle va séjourner de façon définitive.

Pourtant, si l'on examine un certain nombre de nouveau-nés, chez le 10 0/0 environ on trouve une ou deux bourses vides: la descente testiculaire ne s'est pas effectuée ou bien s'est mal effectuée. On dit qu'il y a ectopie — simple ou double (monocryptorchidie ou bicryptorchidie).

Le testicule peut alors occuper diverses positions: 1° il peut s'être immobilisé dans un point de son trajet normal, c'est-à-dire être demeuré dans la région lombaire, dans la fosse iliaque ou dans le canal inguinal (ectopie iliaque, lombaire, inguinale);

2° Il peut, avant d'atteindre le canal inguinal, se dévier de sa route, et dans ce cas il se dirige en général, ou derrière la vessie, ou vers l'anneau crural (ectopie rétro-vésicale ou crurale profonde);

3° Enfin, dans certaines variétés, le testicule, parvenu tardivement à l'orifice inguinal externe, peut être détourné de son chemin par diverses causes (traumatismes, bandage herniaire). Il ne descendra plus dans les bourses. Il ira se loger sous la peau d'une région voisine (variété crurale superficielle, cruro-scrotale, pubo-pénienne, sous-abdominale, périnéale).

On voit que les variétés sont nombreuses. Nous n'avons pas la prétention, dans ce travail, d'aborder le traitement chirurgical de toutes; nous parlerons seulement de la forme la plus fréquente: de l'ectopie inguinale. Elle absorbe, d'après les auteurs, 70 0/0 des cas. Sebileau prétend n'avoir jamais rencontré que cette variété-là.

Quand, donc, nous nous trouverons en présence d'un petit ectopique, portons immédiatement le doigt au niveau du trajet inguinal; là nous avons toutes chances de trouver une tumeur plus ou moins apparente, ovoïde, assez ferme, assez sensible à la pression. Cette tumeur sera le testicule soit arrêté au niveau de l'orifice interne, soit enfoncé dans le canal inguinal, soit émergeant par l'orifice extérieur (ectopie inguinale interne, interstitielle, inguinale externe).

Nous pourrons, dans certains cas, mobiliser ce testicule: nous le verrons aller et venir du pli de l'aine au

scrotum et du scrotum au pli de l'aine ; ce sont les ectopies intermittentes.

Quand on les rencontre, il faut avoir bon espoir : ce sont des testicules qui reviendront presque sûrement à leur situation normale.

Il n'en est pas toujours ainsi avec les testicules immobiles ou très peu mobiles : ceux-là évidemment, dans un grand nombre de cas, peuvent encore descendre un jour dans les bourses (et c'est alors surtout au cours des premières années, quelquefois au voisinage de la puberté, quelquefois même plus tard). Mais ils peuvent très bien se fixer dans leur mauvaise position : cela se produit à peu près dans 1/10e des cas.

Ce qui fait, par conséquent, que, sur 1.000 nouveau-nés, nous aurons à peu près 100 ectopiques, et que sur ces 100 une dizaine environ le seront encore à l'âge adulte.

Devons-nous, en nous inspirant de ces chiffres, attendre que la bienveillante nature daigne remettre les choses en place ? Autrement dit, l'expectative n'a-t-elle aucun inconvénient sérieux ?

Nécessité de l'orchidopexie et de l'orchidopexie précoce

La plupart des enfants chryptorchidés n'éprouvent aucune douleur, souvent même ils ne ressentent aucune gêne. Mais au moment de la puberté, le testicule subit en quelques mois une notable augmentation de volume : on voit éclater chez beaucoup de sujets des accidents douloureux ; parfois, il s'agit d'une simple pesanteur, parfois, au contraire, ce sont de véritables crises, des douleurs au niveau du pli de l'aine avec irradiations dans la cuisse et phénomènes généraux graves (vomissements, angoisse,

etc.). Des vertiges, des convulsions, des accidents syncopaux ont été notés par de nombreux auteurs, et tout cela disparaissait le jour où s'accomplissait spontanément ou chirurgicalement la dernière étape de la migration testiculaire.

D'autres fois, c'est le moral qui s'affecte: l'enfant est impressionnable, fantasque. La cryptorchidie et la névropathie ont été souvent constatées chez le même sujet, sans que, d'ailleurs, il faut l'avouer, on n'ait jamais pu reconnaître s'il y a, entre les deux phénomènes, simplement parallélisme ou bien relation de cause à effet.

Enfin, et c'est là le gros danger, en même temps que l'ectopie testiculaire, il y a, dans l'immense majorité des cas, une hernie. Cette hernie peut présenter tous les inconvénients des hernies: c'est dire qu'elle peut s'étrangler.

Le cordon spermatique peut se tordre et donner lieu à des phénomènes de pseudo-étranglement, vomissements, arrêts de matières, pouls petit..., phénomènes après lesquels on voit survenir parfois la gangrène du testicule ou tout au moins son atrophie.

En outre, la glande ectopique, comme la glande normale, est susceptible de se laisser envahir par des agents infectieux (blennorrhagie, oreillons). L'orchite sera dans ce cas-là particulièrement grave. On a vu des péritonites mortelles, consécutives à une blennorrahagie, chez un ectopique.

Enfin, le cancer paraît atteindre avec plus de prédilection le testicule ectopique que le testicule normal.

Voilà donc un ensemble de raisons qui semblent condamner l'expectation. Il y a lieu de se demander si, en se plaçant au seul point de vue de la fonction testiculaire, on ne doit pas également intervenir.

Une chose est certaine: c'est qu'un testicule ectopié

d'enfant, décédé au voisinage de la naissance, présente peu de lésions épithéliales, quoique le tissu conjonctif interstitiel soit un peu plus abondant que normalement.

Chez le pubère, au contraire, les cellules épithéliales sont devenues granuleuses et ont subi la dégénérescence graisseuse. Plus les sujets autopsiés sont âgés, plus l'évolution conjonctive est accentuée dans le testicule ectopique : les tubes séminifères, dans certains cas, ont subi une vraie transformation fibreuse.

« Il s'agirait de savoir, dit Ombredanne, si cette atrophie épithéliale est le fait d'un arrêt de développement histologique inévitable (et dans ce cas toute transposition du testicule serait inutile), ou si l'atrophie est simplement due à l'ectopie, et dans ce cas, en corrigeant celle-ci à temps, on empêcherait celle-là. »

La question est difficile à résoudre à cause de l'insuffisance des statistiques chirurgicales à ce sujet. On n'a guère l'occasion d'extirper ces testicules sur lesquels on a pratiqué l'orchidopexie et d'en faire l'examen histologique. Les rares que le chirurgien a l'occasion de revoir et d'enlever sont des testicules cancéreux ou tuberculeux, dont on ne peut tirer aucun renseignement concluant, puisqu'ils n'ont pas suivi leur évolution normale.

On pourrait se baser, pour apprécier la qualité de l'épithélium, sur l'état du sperme du sujet opéré, à la condition, bien entendu, que ce soit un bicryptorchide; mais pour cela il faudrait l'examiner plusieurs années après l'opération. Que d'opérés qu'on ne revoit jamais.

Quoi qu'il en soit, en parcourant le « Compte rendu du Congrès de chirurgie 1906 », il nous a paru que l'observation présentée par M. le professeur agrégré Frœlich, de Nancy (cas d'un bicryptorchide opéré à 15 ans et pré-

sentant à 18 des spermatozoïdes), est faite pour légitimer tous les espoirs.

Très intéressantes aussi sont les expériences faites sur les animaux par Frani, Stillings et Griffiths. Ces auteurs ont montré que, en déplaçant chez le rat ou le chien un testicule même ayant atteint son complet développement, produisant des spermatozoïdes, on voit disparaître ses propriétés spermatiques. On serait en droit de conclure de ces faits que, « puisque l'anomalie de position suffit à entraîner l'atrophie, la transposition du testicule en temps opportun s'opposera à cette même atrophie.

» Nous admettons donc que l'orchidopexie donne, au point de vue de la fonction procréatrice, un espoir légitime » (Ombredanne).

De toutes les considérations précédentes, on peut tirer les conséquences pratiques que voici:

1° Il faut opérer le testicule ectopique;

2° Il faut faire une opération conservatrice (orchidopexie) et non mutilatrice (castration). Il faut éviter la castration d'autant plus, devons-nous ajouter, que, à côté de leur pouvoir fécondant, les testicules possèdent une sécrétion interne tenant sous sa dépendance instinct sexuel, puissance virile et autres caractères du mâle. Eh bien, cette sécrétion interne (la clinique, l'expérimentation, l'anatomie pathologique l'ont montré) persiste presque toujours dans un testicule ectopique, si atrophié soit-il. Cela, tous les auteurs le reconnaissent, même ceux qui croient à la disparition complète et fatale, dans tous les cas d'ectopie, de la fonction séminale;

3° Si nous admettons, nous, que cette disparition est le fait d'un vice de position prolongé, il est évident que moins le testicule restera en position d'ectopie, plus les chances

seront grandes de l'éviter. Donc, il nous faudra opérer « le plus tôt possible ».

A quelle date exactement?

On ne peut guère l'opérer les premières années, à cause des risques d'infection. Il faut attendre que l'enfant « n'urine plus au lit la nuit, ni dans ses vêtements le jour », mais « dès qu'il sera propre » (Ombrédanne) il faudra intervenir. Ce sera approximativement entre deux et quatre ans (Tailhefer).

Nous ne devons pas regretter d'ailleurs de ne pas pouvoir prendre le bistouri dès les premiers mois, puisque nous savons qu'à cet âge-là les migrations tardives sont excessivement fréquentes: au besoin, si la descente testiculaire se fait un peu attendre, nous pourrons essayer de la favoriser. Nous ferons, suivant le conseil de Tuffier, de petites séances de massage d'une durée de dix minutes environ, en commençant par des pressions très douces, pour continuer par de véritables tractions. Mais nous ne nous ferons pas d'illusions sur l'efficacité de cette méthode, très efficace dans certains cas, si, au bout d'une dizaine de séances, nous n'avons constaté aucune amélioration dans la mobilité testiculaire, et le moment venu, sans tergiverser (sans essayer les bandages en fer à cheval ou autres difficiles à porter par de jeunes enfants, bons surtout à provoquer de la gêne fonctionnelle et des douleurs), nous interviendrons chirurgicalement.

Nous nous garderons d'attendre jusqu'à la puberté, car si le seul fait du séjour, en position anormale, suffit à déterminer la dégénérescence épithéliale du testicule, allons-nous faire courir ce risque à notre jeune ectopique, dans la seule attente d'une descente spontanée et d'une fixation hypothétique dans les bourses.

Notons, d'ailleurs, qu'au point de vue opératoire, nous avons avantage à opérer des sujets tout jeunes. Nous verrons tout à l'heure, en étudiant les difficultés opératoires, qu'une des plus grandes est constituée par les adhérences : très friables dans le jeune âge, elles acquièrent une résistance d'autant plus grande que le sujet est plus âgé.

L'abstention ne serait indiquée que si nous avions affaire à une de ces ectopies intermittentes dont nous avons parlé au début, un de ces testicules que la main peut facilement ramener de la position scrotale inguinale dans la position scrotale et inversement. Dans ce cas-là, évidemment, nous serons en droit de compter sur une fixation spontanée... et n'opérerons pas.

Il est bien entendu que nous n'envisageons ici que les ectopies inguinales et que nous n'opérerions pas non plus, cela va de soi, les cas où l'on ignore la situation exacte du testicule (ectopies lombaires, iliaques, etc.).

DES DIFFICULTES OPERATOIRES

Représentons-nous un testicule ectopique en position inguinale. Supposons que nous ayons ouvert le canal et que, sans préambule, nous essayions de faire descendre la glande en tirant dessus. Nous aurons beau tirer: rien ne viendra.

C'est que ce testicule est retenu en haut par plusieurs éléments. C'est d'abord le canal vagino-péritonéal complet, c'est-à-dire communiquant largement avec le péritoine, ou incomplet, c'est-à-dire séparé de celui-ci par une surface oblitérante plus ou moins grande.

C'est ensuite le canal déférent.

Ce sont en outre les vaisseaux spermatiques.

Tous ces éléments, n'ayant pas subi leur descente normale, se sont repliés sur eux-mêmes, se sont raccourcis pour ainsi dire, et ce raccourcissement est devenu définitif par suite de la production d'adhérences. L'adhérence des vaisseaux du cordon ou le canal péritonéo-vaginal est parfois tellement intense que cordon et séreuse sont parfois, en quelque sorte, en véritable continuité fibreuse: « Cette sorte de péri-vaginalité, dit Sébileau, trouve sa raison dans l'irritation aiguë ou lente, quelquefois dans l'infection intense ou atténuée de la séreuse, car la hernie, l'hydrocèle, l'orchite, peuvent habiter tour à tour cette vagi

nale où siège un testicule soumis d'autre part aux heurts accidentels et aux froissements d'un bandage ».

Ce ne sont pas là d'ailleurs les seuls obstacles à la descente du testicule : la présence de brides crémastériennes dans le cordon constituera parfois une gêne des plus sérieuses pour la réduction de l'ectopie. On sait comment, à l'état normal, le gubernaculum qui adhère d'une manière très intime au petit oblique entraîne avec lui dans sa rétraction progressive, et par conséquent avec le testicule, les fibres de ce muscle, lesquelles se développent, s'allongent en longues anses crémastériennes. Eh bien, quand la migration complète ne s'accomplit pas, il ne reste de la formation crémastérienne que la fusion interne de la queue gubernaculaire avec la ceinture musculaire de l'abdomen, et quand on veut attirer le testicule dans le scrotum, les adhérences s'y opposent surtout si le sujet est déjà un adolescent.

On voit donc que la réduction du testicule va être hérissée de difficultés : ce ne serait rien encore si une fois effectuée elle était définitive. Hélas ! nous aurons beau eu, au cours de l'opération, allonger notre cordon, nous l'aurons rarement allongé assez pour qu'il n'ait plus jamais tendance à revenir sur lui-même et entraîner à nouveau le testicule en haut. D'autre part, si nous regardons le scrotum d'un cryptorchide, nous voyons qu'il est ordinairement petit, asymétrique, rudimentaire du côté où le testicule n'a pas accompli sa migration. Une fois, Jalaguier a trouvé la bourse pour ainsi dire fermée par une sorte de membrane fibreuse qui émanait de l'appareil suspenseur vicieusement disposé. On conçoit qu'un pareil scrotum, en vertu de son étroitesse et aussi de son élasticité propre, aura tendance à expulser ce testicule ectopique, lequel constituera pour lui un véritable corps étranger.

DES DIVERS PROCEDES OPERATOIRES

Les premières tentatives d'abaissement et de fixation du testicule remonteraient, d'après Kocher, à près d'un siècle (1820). C'est Koch, de Munich, qui parla pour la première fois de cette méthode sanglante, et bientôt Adams, Chelius, Cürling marchèrent sur ses traces. Mais leurs résultats ne furent pas suivis de succès, à tel point que certains, comme Kraske, se prononçaient nettement pour la castration dans les cas d'adhérence étendue du sac.

Depuis, on a découvert la sécrétion interne du testicule: on l'a sacrifié d'un cœur moins léger. Les opérateurs ont pu sans danger, grâce à l'asepsie et à l'antisepsie, chercher à perfectionner leur technique. Innombrables sont les procédés qui ont résulté de toutes ces tentatives.

Quels qu'ils soient, tous comprennent deux temps:

1° Réduction de l'ectopie;

2° Maintien de la réduction.

Pour le premier temps, tout le monde est à peu près d'accord: les techniques varient un peu avec chaque auteur, mais enfin la méthode d'Ombrédanne, que nous décrivons plus loin, diffère très peu des autres sur ce point; ce que tout le monde proclame, et qu'il faut bien mettre en relief, c'est la nécessité d'une libération haute et large du cordon, après résection du canal vagino-péritonéal,

comme dans la cure radicale de hernie. « Il faut, dit Walther dans les cas difficiles à cordon très court, pousser cette libération jusque dans l'abdomen, en décollant le péritoine d'une part le long des vaisseaux spermatiques, d'autre part le long du canal déférent. On est parfois obligé de décoller ce dernier jusqu'à sa terminaison dans le fond du bassin ».

Grâce à ces manœuvres, les divers chirurgiens déclarent être presque toujours arrivés à faire descendre par des tractions douces le testicule jusqu'au niveau des bourses. Au besoin, ils donnent quelques incisions superficielles dans la lame fibreuse rétractée et trop courte qui engaine les vaisseaux.

Mignon, toutefois, ne croit pas arriver ainsi à une élongation suffisante du cordon, et systématiquement, pour obtenir cette dernière, il coupe tous les vaisseaux du cordon en ne conservant que le canal déférent.

Bidwell et Wood sectionnent eux aussi tous les vaisseaux, moins l'artère spermatique, et en plus pratiquent la séparation du testicule et de l'épididyme, qu'ils détachent et déroulent au niveau de la queue.

Maintien de la réduction. — C'est ici que l'imagination des chirurgiens s'est surtout donné libre carrière et que les procédés sont différents.

Certains, pour immobiliser le testicule, ont cherché à créer au-dessus de lui une barrière qu'il ne peut franchir.

C'est ainsi que Kirmisson emprisonne le cordon dans une sorte de gaine, « d'attelle », formée aux dépens des parties fibreuses avoisinantes, qu'il suture au catgut.

Tuffier, Richelot, Monod, Rieffel fixent les couches externes du cordon soit aux piliers de l'anneau inguinal, soit à l'aponévrose abdominale.

Peyrot et Souligoux multiplient les points de fixation, ils fixent le cordon au périoste du pubis, aux adducteurs, au scrotum.

Félizet pince le cordon en rétrécissant avec des fils d'or l'anneau inguinal externe: il produit ainsi un varicocèle qui a pour conséquence l'allongement du cordon.

Franck fait passer le cordon dans une gouttière creusée à travers le pubis. En faisant ainsi passer le cordon par un plus court chemin, il a le double avantage de le fixer et de remédier à sa brièveté.

D'autres cherchent à fixer par en bas le testicule pour l'empêcher de remonter.

Sébileau fixe le pôle inférieur de la glande en le suturant d'une part à la cloison des bourses, d'autre part au derme scrotal.

D'autres ajoutent à cette fixation scrotale la traction d'un fil temporaire, traction dirigée en bas et arrivant à annihiler à la longue l'action contraire du cordon. Ce fil est tantôt un fil métallique faisant partie d'un appareil spécial (Watson Cheyne), tantôt un fil élastique rattaché à la cuisse par du diachylum (Longard) ou fixé à une bande passant par la plante des pieds (Tomashewsky).

Katzenstein détache un lambeau arrondi de la cuisse, auquel il fixe solidement la circonférence inférieure du testicule et du scrotum. On ne supprime l'union fémoro-scrotale que lorsque toute tension du cordon a disparu.

Nicoladini, Hermès fixent de même le testicule à la peau du périnée.

Certains auteurs fixent le testicule ectopique au testicule sain.

Villemin fait à la paroi une incision minuscule et fixe par deux fils de soie les deux testicules.

Mauclaire, lui, fait une incision complète de la paroi; il

avive la face interne des deux albuginées, suture les surfaces avivées, enveloppe les deux testicules accolés par une suture de la vaginale en utilisant la séreuse de la hernie: c'est le procédé de la greffe intertesticulaire.

Witzel divise aussi la cloison des bourses, mais pour attirer le testicule sain dans la bourse vide, le fixer par quelques points au testicule ectopié et replacer le tout dans le sac scrotal, du côté sain. Il referme ensuite l'ouverture faite à la cloison en évitant tout étranglement du cordon.

Enfin, une dernière catégorie de chirurgiens (Walther, Ombrédanne) prennent, pour immobiliser le testicule, la cloison des bourses, comme unique point d'appui, en faisant passer le testicule ectopié dans la bourse saine.

Avant d'arriver au second procédé, objet principal de notre thèse, nous croyons devoir décrire avec quelques détails le procédé de Walther, parce qu'il présente de grandes analogies avec le procédé d'Ombrédanne et lui est d'ailleurs antérieur.

« Après la libération du cordon et la cure radicale de la hernie, dit Walther, le tissu cellulaire est effondré avec le doigt dans la moitié vide du scrotum, le plus loin possible jusqu'à la partie inférieure de la cloison, au niveau du raphé des bourses. Puis l'on procède à l'incision de la cloison ainsi bien mise à découvert.

» On saisit de la main gauche le testicule sain et on tend sur lui avec le pouce et l'index la cloison tout entière. Le testicule est maintenu en position fixe pendant toute la durée de la traversée de la cloison, par les trois derniers doigts de la main gauche, et à aucun moment de l'incision cette main gauche ne doit changer de position.

» L'incision est faite au bistouri couche par couche et au fur et à mesure ces lames superposées de la cloison sont repérées de chaque côté avec des pinces. L'incision

est conduite ainsi avec précaution jusqu'à ce que le testicule sain apparaisse recouvert d'une membrane très mince. A ce moment, l'index droit est plongé à travers l'incision et permet de sentir si la cloison est tout entière divisée. Ce n'est donc que par tâtonnements que l'on arrive à en couper les dernières lames. »

L'incision terminée, toutes ces lèvres des lames successives ayant été solidement saisies par des pinces, le doigt pénètre librement dans la moitié opposée des bourses.

A ce moment, le testicule est refoulé à travers la boutonnière avec un doigt, lequel le maintiendra, car il tend toujours à s'échapper, et immédiatement on rétrécit la boutonnière en haut et en bas par quelques points séparés au catgut n° 1.

DU PROCEDE D'OMBREDANNE

Ce procédé a été minutieusement et lumineusement exposé par l'auteur dans un article de la *Presse Médicale* du 8 octobre 1910. Dernièrement, Monnier (Société des chirurgiens de Paris, 1913), dans une nouvelle description, en précisait la technique.

En voici les points principaux:

Orchidopexie unilatérale

Temps inguinal. — Après asepsie et délimitation habituelles du champ opératoire, le chirurgien (placé toujours à droite du malade, quel que soit le côté à opérer) incise la peau comme pour la cure radicale de la hernie inguinale. Incision de l'aponévrose du grand oblique, dont les deux lèvres sont libérées et repérées.

Le testicule apparaît alors rattaché à l'intérieur des bourses par le gubernaculum testis, qu'on sectionne. Puis on passe à la mobilisation du cordon. Répétons qu'il faut le libérer très haut si l'on veut arriver à abaisser suffisamment le testicule; il faut, avec le doigt, le désinsérer profondément au delà de l'orifice inguinal profond. A ce moment, ou avant si le canal vagino-péritonéal gêne pour l'élongation du cordon, on sectionne en deux ce canal vaginal au milieu: la portion juxta-péritonéale est disséquée;

c'est le sac d'une hernie en puissance que l'on dissèque et réséque comme dans les hernies congénitales. L'autre portion, disséquée également et rabattue sur le testicule, forme la vaginale, fermée par un surjet au catgut dont un des bouts est repéré par une pince.

On essaie alors d'abaisser le testicule. Si l'on n'y arrive pas, on dissocie avec une pince les éléments fibreux du cordon. Si cela ne suffit pas encore, on sacrifie quelques-unes des veines les plus superficielles et en général le reste du paquet se laisse allonger.

Temps scrotal. — On recouvre alors d'une compresse la région inguinale et l'on passe à la région scrotale.

Deux pinces de Kocher repèrent en bas et en haut le raphé médian. L'opérateur engage son index gauche dans l'angle inférieur de la bourse vide. Ce doigt se dirige vers la cloison, s'en coiffe et fait bomber la paroi externe de la bourse opposée à sa partie intérieure (remarquons que le testicule sain, soulevé par l'index, est ainsi complètement hors d'atteinte). Incision (20 à 25 millimètres) de ladite paroi externe, sur la pulpe de l'index. Repérage soigné en haut et en bas avec deux pinces de Kocher du dôme saillant que forme la cloison refoulée par le doigt. Incision de la cloison (15 à 18 millimètres) entre ces deux pinces. Alors une nouvelle pince de Kocher, appuyée sur l'extrémité de l'index, qui se déplace vers le côté ectopique, va saisir le catgut, laissé long, de la suture vaginale. Elle attire le testicule à l'extérieur (en ayant bien soin de ne pas le tordre) à travers la boutonnière de la cloison et la paroi scrotale. On rétrécit la boutonnière par deux points au catgut en haut et en bas : ces points doivent être assez rapprochés pour empêcher l'issue du testicule, mais ils ne doivent jamais l'être au point de comprimer le cor-

don. On refoule le testicule, coiffé de la cloison, dans la bourse. Suture de la plaie scrotale par un surjet à la soie fine.

On passe ensuite à la restauration de la région inguinale, qui se fait comme après la cure radicale de la hernie congénitale.

Orchidopexie bilatérale

L'opérateur est toujours placé à droite du malade, et Ombrédanne, pour la commodité de l'opération, recommande bien, pendant toute la durée de celle-ci, de ne pas changer de place.

Temps inguinal droit. — On commence toujours par le canal inguinal droit; la mobilisation du testicule droit se fait exactement comme dans l'ectopie unilatérale.

Temps inguinal gauche. — On passe ensuite au testicule gauche, qu'on mobilise toujours de la même façon.

Premier temps scrotal. — L'index gauche effondre la bourse droite, puis se dirige vers la cloison, s'en coiffe et vient faire bomber la paroi scrotale gauche. Incision de la paroi, incision de la cloison comme précédemment. Une pince guidée sur l'index gauche qui se retire va saisir le catgut, laissé long, qui amarre le testicule droit et le fait bientôt émerger par la plaie scrotale gauche.

Deuxième temps scrotal. — « On procède, dit Ombrédanne, en deux étapes:

» 1° L'index gauche de l'opérateur s'engage dans l'angle inférieur de la plaie inguinale gauche et sort à l'exté-

rieur par la plaie ouverte dans cette bourse. Il se retire alors, suivi au contact par une pince de Kocher qui apparaît dans l'angle de la plaie inguinale, reçoit le catgut amarré au testicule gauche, puis se retire en l'entraînant avec elle à l'extérieur par la brèche de la bourse gauche;

» 2° Alors, à travers la boutonnière de la cloison bien visible, on engage une pince qui vient soulever la portion latérale droite du scrotum. On l'incise sur l'extrémité de cette pince.

» Puis, par l'incision scrotale droite, on engage une pince qui, s'avançant à mesure que la première se retire, traverse de droite à gauche la cloison des bourses et apparaît dans l'incision scrotale gauche. Elle reçoit dans ses mors, le catgut amarré au testicule gauche; elle se retire alors à son tour et entraîne ce catgut avec elle à l'extérieur, à travers la plaie scrotale droite.

» A ce moment, les deux amarres testiculaires se croisent dans la boutonnière pratiquée à la cloison des bourses: celle du testicule droit sort par la plaie scrotale gauche et inversement.

» On tire alors sur les catguts, et alternativement on fait ainsi franchir aux deux testicules la boutonnière de la cloison des bourses, le testicule gauche passant dans la bourse droite et inversement.

» Reste alors à les empêcher de repasser par la même porte.

» Pour cela, les deux pinces de Kocher qui repèrent la boutonnière de la cloison sont tendues: les deux cordons sont refoulés dans la partie supérieure de la boutonnière dont on ferme la partie inférieure par quelques points de catgut. »

Il ne reste plus alors qu'à sectionner nos amarres, enle-

ver nos pinces, suturer les deux incisions scrotales et ensuite restaurer les régions inguinales.

Pansement. — Dans l'orchidopexie unilatérale, comme dans l'orchidopexie bilatérale, spica double enveloppant complètement et protégeant bien le scrotum.

AVANTAGES DU PROCEDE D'OMBREDANNE

Sans méconnaître l'ingéniosité de certains procédés antérieurs à celui d'Ombrédanne, sans nier les beaux résultats parfois obtenus, il nous semble que presque tous sont susceptibles de nombreuses critiques.

Quelques-uns, comme celui de Mignon ou de Bidwell Wood, sont surtout à notre avis des procédés d'exception. Si une anastomose funiculo-spermatico-déférentielle (Colles-Carlier) peut permettre de subsister à certains testicules ectopiques privés de tout leur cordon, à part le canal déférent et la déférentielle, il n'en est pas moins évident que ces sections vasculaires et nerveuses multiples doivent nuire à la vitalité de la glande. Il nous semble qu'on ne doit être autorisé à essayer ce procédé que dans les cas, extrêmement rares, où l'on n'arrive pas à abaisser le testicule, par la libération haute du cordon, les tractions douces ou la dilacération de la lame fibreuse engainant les vaisseaux.

Les procédés qui veulent empêcher l'ascension du testicule en fixant le cordon, nous paraissent devoir être parfois d'une exécution un peu délicate. En effet, c'est dans le tissu fibreux périvasculaire que nous devons passer les points, mais ne savons-nous pas que ce tissu fibreux, notre doigt et notre pince l'ont tour à tour dilacéré pour libérer, puis pour allonger le cordon. S'il en existe assez pour

faire tenir quelques points, quelle confiance devrons-nous avoir en leur solidité?

De même, toutes les gaines fibreuses ou aponévrotiques patiemment construites autour du cordon, nous paraissent d'un effet un peu illusoire.

Nous ne saurions non plus imiter les auteurs qui ne craignent pas de créer un varicocèle dans l'espoir d'allonger le cordon, ou d'entamer le squelette pour lui créer un plus court chemin, une espèce de tunnel osseux; ce serait, nous semble-t-il, risquer dans le premier cas les douleurs et l'œdème, et dans le second la compression du cordon par ossification.

Les chirurgiens qui se contentent de fixer le testicule au scrotum ne lui donnent pas un soutien suffisamment solide, et il reviendra bientôt dans le canal inguinal en invaginant à sa suite les parois des bourses.

Ceux qui ajoutent à cette fixation la traction d'un fil élastique laissent longtemps au niveau du scrotum une plaie — si minime soit-elle — qui peut être, étant difficile à panser par suite de la présence du fil, le point de départ d'une infection. Et surtout, on ne voit pas trop comment cette traction pourrait donner des résultats meilleurs qu'un massage longtemps prolongé. Enfin, il est horriblement gênant pour le patient, qui doit parfois le garder des mois.

Les mêmes reproches s'adressent aux fixations à la peau de la cuisse ou du périnée.

Enfin, nous ne sommes pas séduit non plus par les procédés qui consistent à suturer le testicule ectopique au testicule sain. On est en droit de redouter pour ce dernier les effets de cette fixation: attiré d'un côté par le cordon de son voisin ectopique, retenu de l'autre par son propre cordon, il va être soumis à des tiraillements continus qui

ne sont pas peut-être sans inconvénients. A ces inconvénients s'en ajouteront d'autres résultant de manifestations opératoires qu'aura subies ce testicule sain, surtout lorsqu'on aura, comme le font certains, incisé l'albuginée et mis à nu ses tubes spermatiques pour une large greffe interscapulaire.

D'ailleurs, pour ne considérer que le testicule ectopique ou son cordon, nous n'aimons pas beaucoup toutes ces sutures que leur infligent la plupart des procédés précédents. Outre leur difficulté réelle, il nous semble qu'elles sont passibles de certains reproches dans la fixité même qu'elles cherchent à obtenir: un testicule normal est mobile à l'intérieur des bourses, un cordon est de même doué d'une certaine mobilité physiologique; toute réparation chirurgicale doit tendre autant que possible à remettre exactement un organe dans les conditions physiologiques normales. En suturant, en engainant testicule et cordon, ne risquons-nous pas, si l'opération réussit, d'immobiliser un peu trop ces organes, de les gêner, de les comprimer sous le processus cicatriciel, de favoriser en somme, en ce qui concerne le testicule, une atrophie à laquelle il n'est déjà que trop enclin.

Le procédé de Walther, lui, échappe aux reproches précédents. On est obligé de lui reconnaître deux qualités essentielles: 1° le soutien qu'il choisit est d'une solidité à toute épreuve. Il faudrait, pour que la glande remonte, que la cloison elle-même se rompît. La constitution particulière de cette cloison, que nous décrivons plus loin, rend presque impossible cette éventualité.

2° La résistance de cette cloison élastique, tout en s'opposant à l'ascension du testicule, ne nuit que très peu à sa mobilité. Aucune suture n'ayant été faite, ni à lui, ni au cordon, le testicule se trouve pour ainsi dire dans les

conditions physiologiques normales. On n'aura donc, du fait de la fixation, aucune gêne ultérieure à redouter pour le développement possible du testicule.

Les résultats pratiques confirment pleinement les vues théoriques. Walther, qui a présenté, entre 1903 et 1908, 14 malades à la Société de Chirurgie, avait 14 fois obtenu un résultat excellent, et sur ces 14 opérés, 7 dataient de plus de six mois, quelques-uns de plusieurs années. Il semble, disait Walther, que la mobilité, que la déclivité du testicule abaissé soit d'autant plus nette, d'autant plus franche qu'on l'examine au bout d'un temps plus long après l'opération. Guinard, Carlier, qui ont employé cette méthode, s'en sont toujours déclarés très satisfaits.

Et cependant nous préférons de beaucoup le procédé d'Ombrédanne. Nous le préférons parce que, basé sur le même principe de la résistance de la cloison (principe fondamental dont tout le mérite, nous ne le contestons pas, revient à Walther), basé sur le même principe et laissant par conséquent les mêmes avantages au testicule, il joint à ces qualités une technique plus facile, plus sûre et d'une application plus étendue.

En effet, il est un temps très délicat dans le procédé de Walther: c'est celui de la perforation de la cloison. L'auteur, d'ailleurs le reconnaît lui-même: « Cette cloison, dit-il, n'est pas une lame unique, mais bien une série de lames qu'il est facile de dédoubler et entre lesquelles pourrait se perdre un décollement maladroit. La difficulté est de savoir à quel moment on se trouve du côté opposé ». On incisera la cloison tendue sur le testicule, couche par couche et « au fur et à mesure les lames superficielles sont repérées avec des pinces ». Combien il est plus facile, on l'avouera, d'inciser la même cloison par le procédé d'Ombrédanne! Repoussée par l'index, elle vient elle-même

faire saillie au niveau de l'incision scrotale. On se rendra compte d'autant mieux de la supériorité de l'Ombrédanne qu'on opérera sur des enfants plus jeunes, à cloison pour ainsi dire fruste, difficilement repérable.

C'est plus facile et c'est aussi plus sûr parce que le doigt qui refoule la paroi, refoule en même temps au-dessus de lui le testicule sain. Donc, aucun risque de léser celui-ci. Dans le Walther, au contraire, on incise, nous l'avons vu, sur le testicule sain. Cela peut être dangereux, surtout encore chez l'enfant, à glande séminale minuscule, à canal déférent à peine perceptible.

Enfin, le procédé de Walther ne permet par l'orchidopexie bilatérale. En effet, supposons un bicryptorchide: on abaisse un testicule, le droit par exemple, et on le fait passer dans la bourse gauche. On passe alors au testicule gauche, mais, pendant ce temps, le droit tiré par le cordon très tendu a tendance à repasser à droite de la cloison. Il faudrait pouvoir le maintenir, mais comment? puisqu'on n'a pas accès dans la bourse gauche ou tout au moins qu'on n'y a accès que par la petite ouverture faite à la cloison. On ne peut pas passer une aiguille par cette ouverture, et en supposant qu'on la passe, on ne peut pas faire des points de suture sans risquer de blesser le testicule, puisqu'on agit absolument en aveugle. Admettons même qu'on puisse faire passer les deux glandes chacune du côté opposé, comment refermer la cloison? Pour cela, il est absolument indispensable de la voir. Mais il faut alors l'attirer d'un côté ou de l'autre vers l'une des deux incisions inguinales. La même difficulté interviendra: le testicule opposé à celui vers lequel on attire la cloison, toujours entraîné par le cordon, repassera dans la bourse où il était avant qu'on lui ait fait franchir cette même cloison. Grâce aux deux incisions scrotales, nous avons vu

qu'il n'y avait rien de pareil par le procédé d'Ombrédanne et que l'orchidopexie s'appliquait aussi bien aux bi qu'aux monochryptorchides.

Quant aux résultats, ils sont parmi les meilleurs: le testicule ectopique, au moment de l'opération, descend en général un peu plus bas que l'autre. Au bout de quelque temps, il se place au même niveau et il y reste, de façon définitive. Ombrédanne (en 1912) déclare avoir opéré 21 monocryptorchides et 4 bichryptorchides, à son entière satisfaction. Monier (1913) l'a également employé avec plein succès. M. le professeur agrégé Soubeyran, à qui nous devons les cinq observations qu'on va lire maintenant, déclare n'avoir jamais eu qu'à s'en féliciter.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Personnelle)
Due à l'obligeance de M. le Professeur-agrégé Soubeyran

Enfant de 5 ans est amené par ses parents à la Clinique mutualiste, le 15 février. Enfant chétif, souffreteux.

On sent au pli de l'aine deux petites tumeurs assez dures et douloureuses : les bourses sont vides.

Opération le 17 février 1912. Anesthésie à l'éther. Cure radicale des deux points de hernie. Abaissement facile des testicules après libération haute du cordon. Les deux testicules semblent d'un volume normal.

On les fixe chacun dans la bourse opposée grâce à un Ombrédanne type.

Restauration de la paroi inguinale. Suture antéfuniculaire à deux plans.

L'enfant quitte la clinique au bout d'une quinzaine de jours. Résultats parfaits. Nous l'avons revu au bout de 1 an et demi. Nous avons trouvé les deux testicules dans le fond des bourses, mobiles, le gauche un peu plus bas que le droit.

Observation II

(Personnelle)
Due à l'obligeance de M. le Professeur-agrégé Soubeyran

F..., 25 ans, Nimes, frère d'un docteur.

Entre à la Clinique pour ectopie et hernie inguinale gauche.

A la palpation, on trouve le testicule gauche au niveau de l'anneau externe.

Opération le 23 novembre 1912. Anesthésie à l'éther. Résection du sac herniaire comme d'habitude. Testicule d'un volume égal à 1/2 du droit. Cordon très court qu'on réussit cependant à allonger suffisamment par une dissection très minutieuse et très haute, et débridement à la pince du tissu conjonctif périvasculaire.

Le testicule gauche est ensuite passé dans la bourse droite grâce à une incision transscrotale de la paroi, suivant le procédé d'Ombrédanne.

Restauration de la paroi inguinale par une suture antéfuniculaire à deux plans pariétaux.

Le malade quitte la Clinique le 15 décembre. Excellent résultat. Il est venu nous rendre visite au bout de un an environ : les deux testicules sont au même niveau ; le gauche est toujours notablement plus petit que le droit.

Observation III

(Personnelle)
Due à l'obligeance de M. le Professeur-agrégé Soubeyran

Enfant de 7 ans, bien constitué, fils d'un médecin de l'Aveyron.

A l'examen, on trouve un scrotum peu développé presque accolé sous le pubis et vide de tout organe. On sent les testicules au niveau de l'orifice inguinal externe et la hernie double concomitante. L'enfant ne présente aucun symptôme alarmant, mais son père réclame une intervention chirurgicale.

Opération le 17 mai 1913. Anesthésie à l'éther. On réséque les deux sacs herniaires, comme d'habitude, en commençant par la droite. Dissection haute du cordon. Les deux testicules, qui sont d'un volume à peu près normal, s'abaissent très facilement. On les fixe chacun dans la bourse opposée grâce à une double incision scrotale, suivant la méthode d'Ombrédanne.

Restauration habituelle de la région inguinale par une suture antéfuniculaire à deux plans pariétaux.

Résultat parfait. Le malade quitte la Clinique le 10 juin : les deux testicules sont au même niveau ; nous n'avons pas revu l'enfant, mais le père nous a écrit récemment que son état était aussi satisfaisant que les premiers jours.

Observation IV

(Personnelle)

Due à l'obligeance de M. le Professeur-agrégé Soubeyran

18 ans, de Lunel.

Les bourses sont vides des deux côtés. A gauche, volumineuse hernie inguinale (presque éventration). On perçoit nettement le testicule au niveau de l'orifice externe. A droite, au contraire, on sent difficilement la glande profondément enfoncée dans le trajet.

Opération le 24 novembre 1913. Anesthésie à l'éther. Orchidopexie bilatérale par le procédé d'Ombrédanne. A

signaler du côté gauche un sac très volumineux, très mince, non isolable, un cordon excessivement court ayant nécessité une libération très haute, un testicule un peu plus petit que le droit, lequel paraît normal.

Le malade sort le 12 décembre.

Résultat parfait. Au bout de cinq mois, nous avons revu le malade : les testicules n'avaient pas bougé.

Observation V

(Personnelle)
Due à l'obligeance de M. le Professeur-agrégé Soubeyran

Enfant de Cette, 8 ans.

Hernie inguinale droite, testicule dans le trajet.

Opération le 7 mai 1914. Anesthésie à l'éther.

Orchidopexie par le procédé d'Ombrédanne. A signaler un sac herniaire très mince, vraie toile d'araignée. Suture en bourse. Testicule de volume suffisant, un peu plus petit que le gauche.

L'enfant quitte la Clinique quinze jours après. Les deux testicules sont au même niveau dans le fond des bourses. L'opération étant encore récente, nous n'avons plus eu de nouvelles du petit malade depuis son départ.

CONCLUSIONS

1° En présence d'un testicule ectopique, dont la mobilisation est impossible, la conduite de choix est l'orchidopexie et l'orchidopexie précoce: on opérera l'enfant dès qu'il sera propre, c'est-à-dire dès qu'il ne risquera plus de s'infecter par ses déjections.

2° Quel que soit le procédé employé, il est indispensable, pour faciliter l'abaissement du testicule, de pousser, après résection du canal péritonéo-vaginal, la libération du cordon le plus haut possible.

3° Pour maintenir la réduction de l'ectopie, les meilleurs procédés nous paraissent ceux qui donnent au testicule la cloison des bourses comme point d'appui (Walther, Ombrédanne); c'est le soutien le plus solide qu'on ait trouvé et en même temps le moins gênant pour le développement ultérieur du testicule.

4° Le procédé d'Ombrédanne est supérieur, à notre avis, au procédé de Walther, parce qu'il est d'une technique plus facile, plus sûre et applicable aux ectopies bilatérales, qu'il permet de traiter dans une seule séance.

BIBLIOGRAPHIE

Alivisatos. — Presse Médicale, 1911.

Beck Carl. — Nouveau procédé d'orchidopexie (Medical Record, 1905).

Berger. — Ectopie testiculaire (Journal des Praticiens, 1908).

Beule. — Contribution à la technique opératoire de l'orchidopexie (Annales de la Société Belge de Chirurgie, 1906).

Broca. — Orchidopexie dans l'ectopie testiculaire (Société de pédiatrie, 14 mars 1899; Presse Médicale, 18 mars 1899).

Buddo. — Orchidopexie par la méthode de Kahn (Americ. J. of Urology, août 1908).

Delbet. — Ectopie testiculaire. Congrès d'Urologie, 23 octobre 1903. — Compte rendu de l'Association d'Urologie, 1904. — De l'ectopie testiculaire et de son traitement par fixation prépubienne du testicule. Concours médical, 1908; Journal des Praticiens, 1910.

Duplay. — Ectopie testiculaire inguinale (Presse Médicale, 1899).

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Forgue. — Technique de la cure opératoire de l'ectopie testiculaire (Presse Médicale, novembre 1906).

— Précis de pathologie externe.

Fotiadès. — Thèse de Paris, 1901.

Gilbert et Fournier. — Pathologie externe (Mathieu et Schwartz).

Gorsse. — Procédé spécial d'orchidopexie. Congrès de chirurgie, 1912.

Gosset. — De l'orchidopexie. Société de Chirurgie, 9 février 1913.

Jeanbrau. — Organes génitaux urinaires, dans le Précis dit des 9 agrégés.

Johnson. — Ectopie testiculaire. Société de Chirurgie de New-York. Séance du 14 octobre 1908.

Kirmisson. — De l'orchidopexie. Société de Pédiatrie, 14 mars 1899. Presse Médicale, 18 mars 1899; Journal des Praticiens, 1911.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie.

Le Dentu. — Des anomalies du testicule. Thèse d'agrégation, 1899.

Legendre et Broca. — Thérapeutique infantile.

Lenthereau. — Contribution à l'étude du traitement de l'ectopie testiculaire par le procédé de Rieffel. Thèse de Paris, 1906.

Maldès. — Du traitement de l'ectopie testiculaire. Thèse de Montpellier, 1906.

Mignon. — Traitement de l'ectopie testiculaire par la section de tous les vaisseaux du cordon spermatique. Société de Chirurgie, 2 juillet 1902.

Monier. — Du procédé d'Ombrédanne. Soc. des chirurgiens de Paris, 1913.

Nicoladini. — Sur la torsion du cordon spermatique.

Ombrédanne. — Indications et technique de l'orchidopexie

transscrotale chez l'enfant (Presse Médicale, 1910).

Paris. — Du procédé d'Ombrédanne. Thèse de Paris, 1912.

Pinard-Brissaud-Reclus. — P. M. C., tome VIII.

Robineau. — L'ectopie inguinale du testicule. La Clinique, 1909.

Souligoux. — Traitement de l'ectopie testiculaire. Congrès français de Chirurgie, 1902.

Souligoux et Villard. — L'ectopie testiculaire et ses complications. Rapports au XIXe Congrès de l'Association française de Chirurgie, Paris, 1906.

Tuffier. — Société de Chirurgie, 6 juin 1888. Gazette des Hôpitaux, 29 mars 1890.

Villemin. — Orchidopexie du testicule ectopié (Société de Pédiatrie. 24 février 1899; Presse Médicale, 11 mars 1899).

Walther.— Ectopie testiculaire abdominale, orchidopexie. Société de Chirurgie, 11 mars 1903.

— Orchidopexie. Soc. de Chirurgie, 16 mars 1904, 23 mai 1907.

— Un procédé d'orchidopexie. Académie de médecine, 1912.

Watson Cheynes. — British Medical Journal, 15 février 1890.

Wood. — Lecture and hernies and its radical cure (British Medical Journal, juin 1885).

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 29 mai 1914.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 29 mai 1914
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !